

# 問 診 票

No.

受付 令和 年 月 日 曜日

診察の参考にしますので、あてはまる所を○で囲むか記入して下さい。

ふりがな 患者氏名				男 女	
生年月日	大・昭・平・令	年	月	日	電話番号
現住所					

- (1) 今日はどうされましたか？症状をお書き下さい。  
(右目・左目・両目)
- (2) 今まで眼科に行ったことがありますか？  
①はい 病名 ( )  
②いいえ
- (3) 現在眼以外の病気で治療を受けていますか？  
①はい 病院名 ( )  
病名 ( )  
②いいえ
- (4) 今までに次の病気にかかったことがありますか？(薬を服用中の方も○で囲んで下さい)  
高血圧 糖尿病 心臓病 喘息 腎疾患 アトピー アレルギー  
花粉症 なし その他 ( )
- (5) 今までに手術を受けたことがありますか？(目以外の手術もご記入下さい)  
①はい 手術名 ( 右目・左目・両目)  
②いいえ
- (6) 今までに飲み薬・注射・食べ物などで気分が悪くなったり、湿疹(じんましん)などがでたことがありますか？  
①はい 具体例 ( )  
②いいえ
- (7) 現在妊娠中、又は授乳中ですか？  
①はい (妊娠中・授乳中)  
②いいえ

(8) マイナ保険証による診療情報取得に同意しましたか？

- ①はい      ②いいえ

(9) 他の医療機関からの紹介状をお持ちですか？

- ①はい      ②いいえ

(10) 現在、処方されている薬がありますか？

- ①はい (マイナ保険証による情報取得に同意した患者については、直近1ヶ月以内の処方薬を除き、記載省略可能)  
薬剤名、用量

( )

- ②いいえ

(11) この1年間で健診(特定健診および高齢者健診に限る)を受診されましたか？

- ①はい (マイナ保険証による情報取得に同意した患者については、記載を省略可能)

受診時期( )

指摘内容( )

- ②いいえ

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。

◆医療情報・システム基盤整備体制充実加算(初診時)加算1 4点 加算2 2点(マイナ保険証を利用した場合)